

کاربرد تئوری رفتار برنامه ریزی شده در پیش بینی مسئولیت در قبال سلامتی، سلامت معنوی و روابط بین فردی در دانش آموزان دختر سال دوم دبیرستان های تبریز

***دکتر مهناز صلیحی:** دانشیار و متخصص آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
(* نویسنده مسئول) m-solhi@tums.ac.ir

افسانه رضازاده: دانشجوی کارشناسی ارشد آموزش بهداشت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. afsane.rezazadeh@yahoo.com
دکتر کمال اعظم: استادیار و متخصص آمار زیستی، گروه اپیدمیولوژی و آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران. Kazam@tums.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۹۲/۹/۲

تاریخ دریافت: ۹۲/۵/۲۲

چکیده

زمینه و هدف: دوره نوجوانی دوره ای حساس برای شکل گیری عادات سالم و ناسالم زندگی فرد است. مطالعه حاضر با هدف تعیین وضعیت مسئولیت در قبال سلامتی، سلامت معنوی و روابط بین فردی و عوامل پیش بینی کننده آن بر اساس سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده در دانش آموزان دختر سال دوم دبیرستان های تبریز انجام شده است.

روش کار: در این مطالعه توصیفی- تحلیلی ۳۴۰ دانش آموز به صورت نمونه گیری تصادفی انتخاب شدند. ابزار گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته براساس پرسشنامه های استاندارد سبک زندگی ارتقاء سلامت (HPLPII) (health promoting lifestyle profile II) و سلامت معنوی (Palutzian & Ellison) و اجزای تئوری رفتار برنامه ریزی شده (نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری) بود که اعتبار و پایایی آن در مطالعه مقدماتی، کسب شد. داده ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ و آزمون های توصیفی و تحلیلی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته ها: مسئولیت در قبال تندرستی، سلامت معنوی و روابط بین فردی و سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده در دانش آموزان مورد بررسی در حد متوسط بود. میان همه سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده همبستگی مثبت معنادار بدست آمد ($p < 0/0001$). از بین سازه های دارای همبستگی معنی دار با قصد رفتاری سازه های نگرش و کنترل رفتاری درک شده قادر به پیش بینی ۳۵ درصد تغییرات قصد رفتاری بودند ($p < 0/0001$). سازه های نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده با ۰/۷۴ درصد قادر به پیش بینی تغییرات رفتاری در زمینه مسئولیت پذیری در قبال سلامتی ($p < 0/0001$)، با ۰/۵۶ قادر به پیش بینی تغییرات رفتاری در زمینه سلامت معنوی ($p < 0/0001$) و با ۰/۶۳ درصد قادر به پیش بینی تغییرات رفتاری روابط بین فردی بودند ($p < 0/0001$).

نتیجه گیری: وضعیت ابعاد مسئولیت در قبال تندرستی، سلامت معنوی و روابط بین فردی در دانش آموزان مورد بررسی متوسط است. در طراحی مداخلات ارتقایی باید بر متغیر قصد رفتاری و تعیین کننده های آن مانند کنترل رفتاری درک شده توجه کرد.

کلیدواژه ها: مسئولیت پذیری در مقابل سلامتی، روابط بین فردی، سلامت معنوی، تئوری رفتار برنامه ریزی شده، دانش آموزان دختر

مقدمه

مسئولیت افراد در قبال سلامتی، یکی از مهمترین ابعاد سبک زندگی سالم است که طی آن فرد با انتخاب سبک زندگی برای حفظ و ارتقاء سلامتی خود و پیشگیری از بیماری ها، اقدامات و فعالیت هایی مانند رعایت رژیم غذایی مناسب، خواب و فعالیت، ورزش، کنترل وزن بدن، عدم مصرف سیگار و الکل وایمن سازی در مقابل بیماری ها انجام می دهد (۴). رویکرد قابل قبول برای ارتقاء سلامت رویکردی است که در آن افراد و جامعه در مسئولیت انتخاب شیوه های سالم زندگی سهم داشته باشند و به نوعی توانمند شوند که مسئولیت

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت یکی از بهترین راه هایی است که مردم توسط آن می توانند سلامتی خود را حفظ و کنترل کنند. این رفتارها موجب ارتقاء سبک زندگی بهداشتی می شود (۱). سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت نوعی زندگی متعادل است که طی آن شخص آگاهانه رفتارهای سالم را انتخاب می کند (۲). سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت دارای شش بعد فعالیت جسمانی، تغذیه، سلامت معنوی، روابط بین فردی، مسئولیت در قبال سلامت و مدیریت استرس است (۳).

بهداشت جهانی است. این افراد در شکل گرفتن نسل آینده و ارتقاء سلامت اجتماع بسیار مهم هستند و پایه و اساس سلامت خانواده و جامعه را تشکیل می دهند (۱۳). تئوری رفتار برنامه ریزی شده یکی از تئوری های مطالعه رفتار است که در رابطه با پیش بینی رفتارهای سلامت به طور وسیعی مورد توجه قرار گرفته است (۱۴). اساس این تئوری این است که قصد افراد برای انجام یک رفتار خاص، عامل پیش بینی کننده آن رفتار است و قصد خود تحت تاثیر نگرش نسبت به رفتار، هنجارهای انتزاعی یا ذهنی (فشارهای اجتماعی درک شده توسط فرد برای انجام دادن و یا ندادن رفتار مورد نظر) و کنترل رفتاری درک شده (درجه درک فرد از سهولت یا دشواری اتخاذ یک رفتار) است. سهم هر یک از این عوامل در پیش بینی رفتار ثابت نیست و با توجه به نوع رفتار و جمعیت مورد مطالعه متفاوت است (۱۵ و ۱۶). این تئوری در مطالعاتی در زمینه رژیم غذایی، استفاده از قرص های پیشگیری از بارداری، ورزش، شرکت در برنامه های غربالگری بهداشتی و جاده ایمن بکار رفته است (۱۷). با توجه به کم بودن مطالعاتی در این زمینه در ایران، هدف این مطالعه تعیین وضعیت مسئولیت پذیری در قبال سلامتی، سلامت معنوی و روابط بین فردی در دانش آموزان دختر دوم دبیرستان های شهر تبریز بر اساس سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده است.

روش کار

این پژوهش توصیفی تحلیلی روی ۳۴۰ دانش آموز دختر پایه دوم دبیرستان های شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۲-۱۳۹۱ انجام شده است. برای اجرای مطالعه پس از هماهنگی های لازم، از طریق روش نمونه گیری تصادفی چند مرحله ای تعدادی از دبیرستان های دخترانه تبریز انتخاب شدند بدین ترتیب که آموزش و پرورش تبریز شامل ۵ ناحیه است که از هر ناحیه دو دبیرستان به صورت تصادفی انتخاب شدند و از دبیرستان های منتخب به طور تصادفی یک کلاس انتخاب شد. معیارهای ورود دانش آموزان به پژوهش حاضر دانش آموزان دختر پایه دوم که در دبیرستان های متوسطه

سلامتی خود را بپذیرند و شیوه زندگی سالمی را اتخاذ کنند (۵). دوران نوجوانی دوران مهمی برای تقویت مسئولیت پذیری افراد برای حفظ سلامتی و اتخاذ تصمیمات مربوط به مراقبت از سلامتی خود است (۶). سلامت معنوی یکی دیگر از ابعاد اساسی سلامت در انسان محسوب می شود و بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی قرار گرفته و باعث ارتقاء سلامت عمومی می شود (۷). این بعد از سلامت، هماهنگ کننده سایر ابعاد سلامتی است و باعث افزایش توان سازگاری می شود همچنین کارکرد روانی را تقویت می کند (۸). سلامت معنوی با خصوصیت هایی همچون ثبات در زندگی، صلح، احساس ارتباط نزدیک با خدا همچنین داشتن هدف در زندگی مشخص می شود (۹). روابط بین فردی یکی دیگر از مهمترین مولفه های زندگی انسان از تولد تا دم مرگ است. رشد توانمندی های بالقوه انسان، برای رسیدن به مرحله شکوفایی و بالفعل جز در سایه روابط بین فردی بدست نمی آید (۱۰). اهمیت دادن به روابط بین فردی و بهبود آن می تواند نتایج قابل ملاحظه ای داشته باشد. فراگیری روابط بین فردی صحیح، اهمیتی بسزا در ایجاد سلامت روانی، رشد شخصیت، هویت یابی، افزایش بهره وری شغلی، افزایش کیفیت زندگی، افزایش سازگاری و خود شکوفایی دارد. افرادی که از مهارت های ارتباطی ضعیف تری برخوردارند کمتر از سوی اطرافیان پذیرفته می شوند و با مشکلات کوتاه مدت و بلند مدت زیادی روبه رو هستند (۱۰). پایه و اساس زندگی سالم و رفتارهای سالم در بزرگسالی در دوران کودکی و نوجوانی آغاز می شود. در این دوران نوجوانان شروع به تصمیم گیری مستقل در مورد شیوه زندگی سالم از جمله فعالیت های بدنی، تغذیه و سایر ابعاد زندگی می کنند. در انتخاب رفتارهای ارتقاء دهنده سبک زندگی سالم توسط نوجوانان، همسالان، والدین، محیط زیست و مدرسه نقش موثری دارند (۱۱). نوجوانان و سلامت آنان یک مسئله بسیار حیاتی و ضروری در دیدگاه جهانی است (۱۲). توجه به سلامت نوجوانان و به ویژه دختران نوجوان از اهداف و رسالت های کشورهای عضو سازمان

به عنوان ضعیف، امتیاز بین ۸۲ تا ۹۴ متوسط و امتیاز بالای ۹۴ به عنوان خوب تعیین شد. برای نمره روابط بین فردی امتیاز زیر ضعیف ۶۷، امتیاز بین ۶۷ تا ۸۰ متوسط و امتیاز بالای ۸۰ خوب تعیین شد. در سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده نیز برای نگرش امتیاز زیر ۱۲۸ به عنوان ضعیف، امتیاز بین ۱۲۸ تا ۱۴۶ متوسط و امتیاز بالای ۱۴۸ خوب، برای هنجارهای انتزاعی امتیاز زیر ۳۰ ضعیف، امتیاز بین ۳۰ تا ۳۶ متوسط و امتیاز بالای ۳۶ به عنوان خوب، در کنترل رفتاری درک شده امتیاز زیر ۳۷، امتیاز بین ۳۷ تا ۴۴ متوسط و امتیاز بالای ۴۴ به عنوان خوب، برای قصد رفتاری امتیاز زیر ۳۲ به عنوان ضعیف، امتیاز بین ۳۲ تا ۳۹ متوسط و امتیاز بالای ۳۹ خوب و برای نمره رفتار امتیاز زیر ۶ ضعیف، امتیاز بین ۶ تا ۹ متوسط و امتیاز بالای ۹ خوب تعیین شد. یا لازم به ذکر است که پرسشنامه طراحی شده توسط محققین این مطالعه سازه ها به صورت مستقیم مورد سنجش قرار گرفته اند. اعتبار این پرسشنامه از طریق آزمون اعتبار محتوا (پانل ۱۲ نفر از متخصصان آموزش بهداشت و کارشناس علوم دینی) کسب و طی آن نظرات اصلاحی متخصصان در پرسشنامه اعمال شد. پایایی این پرسشنامه از طریق آزمون آلفا کرونباخ و آزمون مجدد با انجام مطالعه مقدماتی (پایلوت) روی ۳۰ دانش آموز دختر پایه دوم دبیرستان و تکمیل پرسشنامه دو بار با فاصله زمانی دو هفته انجام کسب شد. مقدار ضریب آلفای کرونباخ بدست آمده برای نگرش ۰/۹۰، هنجارهای انتزاعی ۰/۹۲، کنترل رفتاری درک شده ۰/۷۸، قصد رفتاری ۰/۷۷ و رفتار ۰/۹۸ بود همچنین Cut of rate ضریب همبستگی بدست آمده میان نمرات سازه های مدل در آزمون مجدد بیشتر از ۰/۸۵ بود. زمان لازم برای تکمیل پرسشنامه توسط دانش آموزان ۲۰ - ۱۵ دقیقه بود. حجم نمونه با توجه با ضریب اطمینان ۰/۹۵، دقت ۰/۰۵، بیشترین مقدار انحراف معیار بدست آمده از مطالعه مقدماتی و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه کوکران با مشخص بودن حجم جامعه:

عمومی مشغول به تحصیل و شرکت داوطلبانه آنان در مطالعه و ارائه رضایت نامه کتبی بود. عدم تمایل دانش آموزان برای شرکت در پژوهش معیار خروج آنها از مطالعه بود. قبل از انجام مطالعه موافقت مسئولان و مدیران دبیرستان های مربوطه جهت تعیین وقت مناسب برای تکمیل پرسشنامه ها کسب شد و به دانش آموزان انتخاب شده در مورد محرمانه بودن اطلاعات، اطمینان داده شد. پس از کسب موافقت دانش آموزان برای ورود به مطالعه، پرسشنامه ها توسط آنان تکمیل شد. پرسشنامه مورد استفاده پرسشنامه محقق ساخته بر اساس سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده با استفاده از پرسشنامه استاندارد سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت (HPLP II health-promoting lifestyle profile II) و پرسشنامه استاندارد سلامت معنوی Palutzian & Ellison بود. این پرسشنامه شامل سوالات اطلاعات فردی (رشته تحصیلی، تعداد فرزندان خانواده، رتبه تولد، تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر، شغل مادر، سن پدر، سن مادر)، مسئولیت پذیری در مقابل سلامتی، سلامت معنوی و روابط بین فردی بر اساس سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده (نگرش، هنجارهای ذهنی، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری و رفتار یا عملکرد) تشکیل شده بود. این پرسشنامه شامل ۸۷ سوال است ۹ سوال در زمینه اطلاعات فردی، ۳۵ سوال نگرش، ۹ سوال هنجارهای انتزاعی، ۱۰ سوال کنترل رفتاری درک شده، ۹ سوال قصد رفتاری و ۱۵ سوال رفتار (عملکرد) می باشد. مقیاس سوالات در بخش سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده شامل (نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده، قصد رفتاری) لیکرت ۵ تایی به صورت (کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملاً مخالفم) و مقیاس سوالات رفتار به صورت ۲ گزینه ای بله و خیر است. معیار دسته بندی مورد بررسی بدین صورت که برای دسته بندی نمره مسئولیت پذیری در قبال تندرستی امتیاز زیر ۸۲ به عنوان ضعیف، امتیاز بین ۸۲ تا ۹۹ متوسط و امتیاز بالای ۹۹ به عنوان خوب تعیین شد. برای دسته بندی نمره سلامت معنوی امتیاز کمتر از ۸۲

$$n = \frac{z^2 \sigma^2}{d^2}$$

۲۰۰ نفر محاسبه شد با در نظر گرفتن امکان خروج افراد از مطالعه و عدم تکمیل کامل پرسشنامه در مجموع ۳۴۰ نفر در این تحقیق وارد شدند و پرسشنامه های مربوطه را تکمیل نمودند. پس از جمع آوری اطلاعات با نرم افزار SPSS نسخه ۱۵ و با استفاده از آزمون های کای اسکوئر، ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون خطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین سن پدر ۴۵/۵۷ با انحراف معیار ۵/۸۷ و میانگین سن مادر ۴۰/۰۲ با انحراف معیار ۴/۹۳ بود. توزیع فراوانی نسبی سایر اطلاعات فردی دانش آموزان مورد بررسی در جدول ۱ مشاهده می شود. آزمون آماری کای دو تفاوت معنی داری بین نمرات مسئولیت پذیری در مقابل سلامتی، سلامت معنوی، روابط بین فردی بر اساس سازه های مورد

بررسی تئوری رفتاری برنامه ریزی شده برحسب متغیرهای زمینه ای میزان تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر، شغل مادر، سن پدر و سن مادر نشان نداد و فقط بین کنترل رفتاری درک شده و رشته تحصیلی ($p=0/02$) و مسئولیت پذیری در مقابل سلامتی و رشته تحصیلی ارتباط معنی داری مشاهده شد ($p=0/001$, $p=0/02$).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد سازه کنترل رفتاری درک شده با متغیر زمینه ای تعداد فرزندان خانواده همبستگی منفی دارد یعنی با افزایش تعداد فرزندان خانواده، نمره کنترل رفتاری درک شده کاهش می یافت ($r = -0.113$) و $p = 0.04$.

از میان سه بعد مورد بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سبک زندگی، میانگین نمره مسئولیت پذیری در مقابل سلامتی بیشتر از دیگر دو بعد و میانگین نمره روابط بین فردی کمتر از دیگر ابعاد بود (جدول ۲). ۴۷/۹ درصد از دانش آموزان نگرش متوسط، ۳۸/۶ درصد هنجارهای انتزاعی متوسط، ۴۵ درصد کنترل رفتاری درک شده، ۴۷/۹ درصد

جدول ۱- توزیع فراوانی نسبی اطلاعات فردی دانش آموزان مورد بررسی

مشخصات دموگرافیک		دسته بندی	
رشته تحصیلی	ریاضی فیزیک	علوم تجربی	علوم انسانی
	۳۰/۶٪	۳۷/۱٪	۳۲/۴٪
تحصیلات پدر	پیسواد	ابتدایی	راهنمایی
	۵/۳٪	۲۲/۱٪	۲۵/۷٪
تحصیلات مادر	پیسواد	ابتدایی	راهنمایی
	۸/۵٪	۲۹/۴٪	۲۲/۶٪
شغل پدر	کارگر	آزاد	کارمند
	۶/۲٪	۴۹/۹٪	۱۴/۲٪
شغل مادر	خانه دار	سایر	
	۹۳/۵٪	۶/۵٪	
تعداد فرزندان	۱ فرزند	۲ فرزند	۳ فرزند
	۸/۲٪	۴۳/۵٪	۲۹/۱٪
رتبه تولد	۱	۲	۳
	۴۵/۴٪	۲۸/۹٪	۱۳٪
			۴
			۴/۳٪
			۴/۴٪
			۵ و بالاتر
			۶/۵٪
			۵ فرزند و بیشتر
			۶/۵٪

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار وحدافل و حداکثر نمرات مسئولیت پذیری در مقابل سلامتی، سلامت معنوی و روابط بین فردی در دانش آموزان مورد بررسی

رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت	مسئولیت پذیری در مقابل سلامتی	سلامت معنوی	روابط بین فردی
میانگین \pm انحراف معیار	۹۰/۶۳ \pm ۷۳/۱۲	۸۷/۵۶ \pm ۸/۶۶	۷۳/۲۷ \pm ۹/۲۳
حداقل نمره	۵۵	۵۳	۳۷
حداکثر نمره	۱۲۰	۱۰۳	۹۴

جدول ۳- نتایج آزمون رگرسیون خطی بین سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده و مسئولیت پذیری سلامتی، سلامت معنوی، روابط بین فردی در دانش آموزان

مورد بررسی				
سازه	R^2	B	Beta	P
قصد رفتاری*	۰/۳۵			
نگرش		۰/۱۰	۰/۲۸	<۰/۰۰۰۱
هنجارهای انتزاعی		۰/۰۷	۰/۰۹	۰/۱۳
کنترل رفتاری درک شده		۰/۳۳	۰/۳۲	<۰/۰۰۰۱
مسئولیت پذیری در مقابل سلامتی**	۰/۷۴			
نگرش		۰/۵۸	۰/۵۹	<۰/۰۰۰۱
هنجارهای انتزاعی		۰/۳۹	۰/۱۷	<۰/۰۰۰۱
کنترل رفتاری درک شده		۰/۵۹	۰/۲۲	<۰/۰۰۰۱
سلامت معنوی***	۰/۵۶			
نگرش		۰/۳۰	۰/۴۵	<۰/۰۰۰۱
هنجارهای انتزاعی		۰/۲۱	۰/۱۴	۰/۰۰۴
کنترل رفتاری درک شده		۰/۵۱	۰/۲۷	<۰/۰۰۰۱
روابط فردی****	۰/۶۳			
نگرش		۰/۳۰	۰/۴۲	<۰/۰۰۰۱
هنجارهای انتزاعی		۰/۵۷	۰/۳۴	<۰/۰۰۰۱
کنترل رفتاری درک شده		۰/۳۲	۰/۱۶	<۰/۰۰۰۱

*) $(R^2 = ۰/۳۵, F = ۶۲/۰۳, p < ۰/۰۰۰۱)$ **) $(R^2 = ۰/۷۴, F = ۳۱۹/۸۲, p < ۰/۰۰۰۱)$ ***) $(R^2 = ۰/۵۶, F = ۱۴۴/۱۴, p < ۰/۰۰۰۱)$ ****) $(R^2 = ۰/۶۳, F = ۱۹۲/۰۲, p < ۰/۰۰۰۱)$

(R^2) . ولی سازه هنجارهای انتزاعی قادر به پیش بینی قصد رفتاری نبود. سازه های نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده با $۰/۷۴$ درصد قادر به پیش بینی تغییرات رفتار در زمینه مسئولیت پذیری سلامتی بود ($p < ۰/۰۰۰۱$ ، $F = ۳۱۹/۸۲$ ، $R^2 = ۰/۷۴$). در زمینه تغییرات مربوط به سلامت معنوی از بین سازه های نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده هر سه سازه با $۰/۵۶$ قادر به پیش بینی بودند ($R^2 = ۰/۵۶$ ، $F = ۱۴۴/۱۴$ ، $p < ۰/۰۰۰۱$). ضمناً نتایج نشان داد از بین سازه های دارای همبستگی، سازه های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده با $۰/۶۳$ درصد قادر به پیش بینی تغییرات رفتار روابط بین فردی بودند ($R^2 = ۰/۶۳$ ، $F = ۱۹۲/۰۲$ ، $p < ۰/۰۰۰۱$).

بحث و نتیجه گیری

مسئولیت پذیری در قبال تندرستی، سلامت معنوی و روابط بین فردی از ابعاد مهم سبک زندگی ارتقاء دهنده سلامت هستند. نتایج این مطالعه نشان داد مسئولیت پذیری در مقابل

قصد رفتاری و $۳۵/۱$ درصد عملکرد ضعیف به مسئولیت پذیری سلامتی، سلامت معنوی و روابط بین فردی داشتند. دانش آموزان مورد بررسی سطح مسئولیت پذیری، سلامت معنوی و روابط بین فردی در افراد مورد بررسی متوسط بود. همچنین براساس آزمون کای دو بین دسته بندی های هر سازه در سه دسته ضعیف، متوسط و خوب با یکدیگر تفاوت معنادار مشاهده نشد. براساس آزمون ضریب همبستگی پیرسون بین همه متغیرهای تئوری رفتار برنامه ریزی همبستگی وجود دارد (همبستگی در سطح $۰/۰۱$) و بیشترین همبستگی مثبت بین سازه نگرش با مسئولیت پذیری در مقابل سلامتی با مقدار ($r = ۰/۸۱۵$) بدست آمد.

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می شود آزمون رگرسیون خطی نشان داد از بین سازه های دارای همبستگی معنی دار (شامل نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده) با قصد رفتاری سازه نگرش و کنترل رفتاری درک شده قادر به پیش بینی ۳۵ درصد تغییرات قصد رفتاری مسئولیت پذیری سلامتی، سلامت معنوی و روابط بین فردی بود ($p < ۰/۰۰۰۱$ ، $F = ۶۲/۰۳$ ، $R^2 = ۰/۳۵$).

مطالعه همبستگی منفی بین این سازه از تئوری رفتار برنامه ریزی شده و تعداد فرزندان خانواده دانش آموزان مورد بررسی به دست آمد که نتایج حاکی از آن بود که با افزایش تعداد فرزندان خانواده، نمره کنترل رفتاری درک شده دانش آموزان کاهش می یافت. برخورداری از حمایت خانواده یکی از عوامل تسهیل کننده در رفتار است با توجه به این یافته در مداخلات ارتقایی در این زمینه باید به حمایت والدین و اعضای خانواده برای ارتقاء کنترل رفتاری درک شده دانش آموزان در رابطه با ارتقاء رفتارهای سلامت توجه کرد.

در تحقیق حاضر همبستگی مثبت بین قصد رفتاری به عنوان عامل پیشگویی کننده رفتار با سه سازه نگرش و کنترل رفتاری درک شده و هنجارهای انتزاعی بدست آمد. در مطالعه کاربرد تئوری رفتار برنامه ریزی شده در زمینه فعالیت فیزیکی در نوجوانان شهر قزوین نیز این همبستگی بین سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده مشاهده شده است (۲۲) بنابراین در برنامه های ارتقایی در این زمینه ارتقاء نگرش، کنترل رفتاری درک شده و هنجاری های انتزاعی می تواند در ارتقاء قصد رفتار موثر واقع شود. یافته های تحقیق حاضر نشان می دهد از بین سازه های تئوری رفتار برنامه ریزی شده، سازه نگرش و کنترل رفتاری درک شده قادر به پیش بینی ۰/۳۵ درصد تغییرات قصد ارتقاء مسئولیت پذیری سلامتی، سلامت معنوی و روابط بین فردی است. در مطالعه ای که به منظور کاربرد تئوری رفتار برنامه ریزی شده در هفت مقوله رفتار سلامتی شامل: اعتیاد، رانندگی، تغذیه، ورزش، ایدز و بهداشت و دندان انجام شد نیز کنترل رفتاری درک شده مهمترین پیش بینی کننده قصد بود و هنجار ذهنی در پیش بینی قصد نقشی نداشت (۲۳). همچنین سازه های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک شده با ۰/۷۴ قادر به پیش بینی تغییرات رفتار در زمینه مسئولیت پذیری سلامتی بودند. سازه های نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده در زمینه تغییرات مربوط به سلامت معنوی با ۰/۵۶ قادر به پیش بینی بودند. همچنین سازه های نگرش، هنجارهای انتزاعی و کنترل رفتاری درک

سلامتی بیشترین امتیاز و روابط بین فردی کمترین امتیاز را در افراد نمونه به خود اختصاص دادند. این یافته با نتایج مطالعه ای در این زمینه که روی دانش آموزان هندی انجام گرفته است همخوانی دارد (۱۸). با توجه به این یافته در برنامه های مداخله ای در این زمینه باید کار روی بعد روابط بین فردی و سپس بعد سلامت معنوی در اولویت قرار گیرد. مسئولیت پذیری در مورد سلامتی بدین معناست که به این درک برسیم که چه فعالیت هایی را می توان برای سالم تر بودن خود انجام داد (۱۹) و در میان دوره های مختلف زندگی، نوجوانی دوره مهمی برای تقویت مسئولیت پذیری در زمینه مراقبت از سلامتی خود است. در این مطالعه میان مسئولیت پذیری در مقابل سلامتی به عنوان یکی از ابعاد رفتارهای ارتقاء دهنده سبک زندگی سالم و رشته تحصیلی دانش آموزان ارتباط معنی دار مشاهده شد. با توجه به این یافته در مداخلات ارتقایی در این زمینه برای دانش آموزان مورد بررسی، دانش آموزان رشته علوم تجربی در اولویت قرار دارند. روابط بین فردی مستلزم استفاده از ارتباطات برای رسیدن به حس صمیمیت و نزدیکی و همچنین رسیدن به جایگاه برتر در روابط با دیگران است (۱۹). نتایج تحقیق حاضر نشان داد نمره میانگین روابط بین فردی در دانش آموزان دختر کمتر از نمره میانگین های دو بعد دیگر بود. این یافته با نتایج مطالعه بررسی رفتارهای ارتقاء دهنده سلامتی در دانش آموزان مقطع راهنمایی شهر قزوین در سال ۱۳۹۰ همخوانی ندارد (۲۰) و علت آن می تواند به تفاوت شرایط مطالعه از نظر مکانی، مقطع و زمانی مرتبط باشد. با توجه به این یافته در مداخلات ارتقایی در این زمینه باید کار روی روابط بین فردی بیشتر صورت گیرد. یافته های این مطالعه تفاوت معنی داری بین مسئولیت پذیری سلامتی، سلامت معنوی و روابط بین فردی و متغیرهای زمینه ای تحصیلات پدر، تحصیلات مادر، شغل پدر و شغل مادر نشان نداد.

کنترل رفتاری درک شده درجه ای از احساس فرد در این مورد است که انجام یا عدم انجام رفتار تا چه حد تحت کنترل ارادی اوست (۲۱). در این

3. Chang-Nian Wei, Koichi Harada, Kimiyo Ueda, Kumiko Fukumoto et al. Assessment of health-promoting lifestyle profile in Japanese university students. *Environ Health Prev Med*. 2012; 17:222-227.
4. Phipps WJ, Sands JK. Medical surgical nursing & clinical practice. New York: Mosby Co; 2003: 55-227.
5. Daniels N. just health: replies and for their thoughts. *Journal of Medical Ethics*. 2000, 85:36-41.
6. Croll JK, Neumark – Sztainer D, Story M. Healthy eating: What does it mean to adolescents? *Journal of Nutrition Education*. 2001;33:193-80.
7. Ya-Chu Hsiao, Hui-Ying Chiang, Li-Yu Chien. An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan. *Nurse Education Today* 30. 2010; 386-392.
8. Safaai- Rad A, Karimi L, Shomoossi N, Ahmadi Tahour M. [The relationship between spiritual well-being and mental health of university student]. *Quarterly J Med Sci sabzevar* 2010; (17); 274-280. (Persian)
9. Carven RF, Hirnle CJ, Hirnle CJ, Fundamental of nursing: human health and function. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins. 2003;1383-92.
11. Irandokht F, Karimi M. [Intreppersonal communication Skills Practice Infallibles (AS)]. *Both Journal-Islamic Edocation Research* 2010.5(10); 7-28. (Persian)
11. Stephanie A, Bernadette M, Diana L, Judith A. Correlates Among Healthy Lifestyle Cognitive Beliefs, Healthy Lifestyle Choices, Social Support, and Healthy Behaviors in Adolescents: Implications for Behavioral Change Strategies and Future Research. *Journal of Pediatric Health Care*. 2011; 25(4):216-223.
12. Blum RW, Nelson-M. The health of young people in a global context. *Journal of Adolescent Health* 2004; 35: 402-18.
13. Chavkin W, and Chesler E. Where human rights begin: health, sexuality, and women in the new millennium. *Rutgers University* 2004; 336:66.
14. Karimi Shahanjarini A. [Application of a combined approach in identifying the determinants of junk food consumption in adolescent]. Thesis submitted for the degree of PhD in health education. 1 – 50. (Persian)
15. Sharma M, Romas JA, eds. Theoretical foundations of health education and health promotion. 1st ed, Boston: Jones and Bartlett; 2007, p: 116-136.
16. Ajzen I. The theory of planned behavior, *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. 1991; 50(2):179-211.
17. Stead M, Tagg S, MacKintosh AM and Eadie D. Development and evaluation of a mass media Theory of Planned Behavior intervention to reduce speeding. *Health Edu Res* 2005; 20(1): 36-50.

شده با ۰/۶۳ قادر به پیش بینی تغییرات رفتار روابط بین فردی بودند بنابراین برای ارتقاء مسئولیت در قبال تندرستی، سلامت معنوی و روابط بین فردی به هر سه سازه نگرش، هنجارهای انتزاعی، کنترل رفتاری درک شده توجه شود.

انجام مطالعه در دختران سال دوم دبیرستان‌های تبریز به علت محدودیت حضور پژوهشگران خانم در دبیرستان‌های پسرانه از سوی آموزش و پرورش و خود گزارش دهی افراد نمونه و وابسته بودن نتایج پژوهش به شرایط مکانی و زمانی از محدودیت‌های این مطالعه است. انجام مطالعه در پسران دبیرستانی و مقایسه نتایج آن با یافته‌های این مطالعه و گردآوری اطلاعات از طریق مصاحبه و چک لیست پیشنهاد می‌شود.

وضعیت ابعاد مسئولیت در قبال تندرستی، سلامت معنوی و روابط بین فردی در دانش آموزان مورد بررسی متوسط است. در طراحی مداخلات آموزشی برای ارتقاء وضع این ابعاد براساس تئوری رفتار برنامه ریزی شده باید بر متغیر قصد رفتاری و تعیین کننده‌های آن مانند کنترل رفتاری درک شده و همچنین به متغیرهای زمینه‌ای رشته تحصیلی و تعداد فرزندان خانواده این دانش آموزان توجه کرد.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاصل پایان نامه دانشجویی در مقطع کارشناسی ارشد است. نویسندگان مقاله از همکاری آموزش و پرورش شهر تبریز و دانش‌آموزان شرکت کننده در بررسی سپاسگزاری می‌کنند.

منابع

1. Morovati – Sharif A bad MA, Ghofranipour F, Heidarnia A. etal [perceived religious support of the health promoting behavior and performance of behaviors in the elderly 65 years and older city of yazd]. *J Med Sci yazd* 2003.1(45):23-28. (Persian)
2. Li G, et al. The long-term effect of lifestyle interventions to prevent diabetes in the China Da Qing Diabetes Prevention Study: a 20-year follow-up study. *The Lancet* 2008; 371: 9626: 1783-89.

18. Senjam S, Amarjeet S. Study of sense of coherence health promoting behavior in north Indian students. *Indian J Med Res.* 2011; 134(5): 645-652.
19. Walker S N, Hill-Polerecky D M. Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center. 1996
20. Glanz KA, Rimer B, Viswanath K. Health behavior and health education theory, Research and practice. 4th ed. San Francisco: Josey-Boss publisher; 2008. P 8-30.
21. Raieat A, Nourani Samiee Sibini F, Sadeghi T, Alimoradi Z, Study of health Promotion behavior in secondary school student in ghazvin, 2010. *Journal of Hygiene and Health.* 2011; 3(3):46-53.
22. Yekaninejad MS, Akaberi A, Pakpour A. [Factors associated with Physical Activity in adolescents in Qazvin: an application of the theory of planned behavior]. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences.* 2012; 4(3):449-456. (Persian)
23. Godin G, Kok G. The theory of planned behavior: A review of its applications to health-related behaviors. *American Journal of Health Promotion.* 1996; 11(2):87-98.

Application of theory of planned behavior in prediction of health responsibility, spiritual health and interpersonal relations in high school girl students in Tabriz

***Mahnaz Solhi**, PhD. Associate Prof. Department of Health Education & Promotion, School of Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (*Corresponding author). m-solhi@tums.ac.ir

Afsaneh rezazadeh, Msc. student in Health Education, Department of Health Education and Promotion, School of Health, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. afsane.rezazadeh@yahoo.com

Kamal Azam, PhD. Assistant Prof. Department of Epidemiology and Biostatistics, School of health, Tehran University of medical science, Tehran. Kazam@tums.ac.ir

Abstract

Background: Adolescence is sensitive period that are forming normal and abnormal habits for all of life. Aim of this study was determination of health and spiritual health responsibility and interpersonal relations and predictive factors based on the theory of planned behavior in high school girl students in Tabriz.

Methods: In this Cross sectional study, 340 students was selected thorough conventional sampling. A Self-made questionnaire based on Standard questionnaires of health promotion and lifestyle II (HPLPII), spiritual health standards and Components of the theory of planned behavior (attitudes, subjective norms, perceived behavioral control, and behavioral intention) was used for data collection (Palutzian & Ellison). The questionnaire was validated in a pilot study. Data were analyzed white SPSS v.15 by using descriptive and analytic tests.

Results: Mean score for responsibility for health, spiritual health and interpersonal relationships and structures of theory of planned behavior were moderate among the students. There were significant positive correlations between elements of the theory ($p<0/001$). Attitude and perceived behavioral control constructs was able to predict 35percent intention of behavioral change ($p<0.001$, $F=62.03$ and $R^2=0.35$). Constructs of attitude, subjective norms, and perceived behavioral control was able to predict 74 percent for behavioral change in accountability for health ($p<0.0001$, $F=319.82$ and $R^2= 0.74$), 56 percent for behavioral change in spiritual health ($p<0.0001$, $F=144.14$ and $R^2=0.56$) and 63 percent for behavioral change in interpersonal relationship ($p<0.0001$, $F= 192.02$ and $R^2=0.56$).

Conclusion: Generally state of health responsibility, Interpersonal relationship, and spiritual health of students were intermediate. Thus should be noted on behavioral intention and its determinants such as attitudes and perceived behavioral control Interventions.

Keywords: Responsibility in health, Spiritual health, Interpersonal relationship, Theory of planned behavior, Female students.